Dott. ANTONIO PISANI
dirigente per le malattie di petto e cuore all'Istituto Policonsultivo ed alla Poliambulanza di Porta Venezia in Milano

Il Pneumotorace Artificiale

DINANZI AL

VII CONGRESSO INTERNAZIONALE

CONTRO LA TUBERCOLOSI

ROMA, 14-20 APRILE 1912.



T. WILMANT — MILANO.

DOTT. ANTONIO PISANI
dirigente per le malattie di petto e cuore all'Istituto Policonsultivo ed alla Poliambulanza di Porta Venezia in Milano

IL PNEUMOTORACE ARTIFICIALE

DINANZI AL

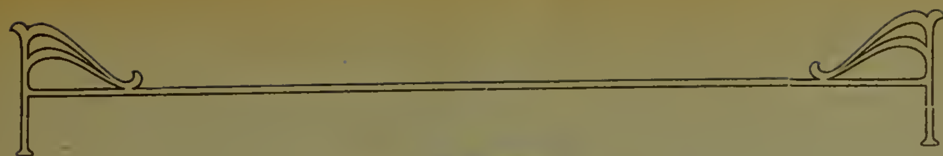
VII CONGRESSO INTERNAZIONALE

CONTRO LA TUBERCOLOSI

ROMA, 14-20 APRILE 1912.



T. WILMANT — MILANO.





Riuscitissimo per numero di congressisti e per numero di comunicazioni e di relazioni fatte, questo Congresso, a cui presero parte più di 2000 medici di ogni nazione ed al cui non mancò il sorriso del sesso gentile, accorso pure numeroso in Roma grande ed ospitale, lascia dietro di sè una profonda traccia della sua comparsa, un solco che non si cancellerà, perchè qui si è rafforzata la lotta contro la tubercolosi, qui si sono affermate tutte le provvidenze sociali, qui si sono appuntate tutte le armi per difenderci e per combattere con nuova lena il morbo implacabile.

Tra le Cure della Tubercolosi portate dinanzi al Congresso resterà certo memorabile quella del Pneumotorace o Collassoterapia, che ebbe primamente il battesimo in Italia e di qui valicò le Alpi e gli Oceani, spandendo sempre più lontano il suo grido conquistatore.

Causa di grande compiacimento per noi Italiani deve essere l'omaggio che centinaia di rappresentanti di ogni parte del mondo tributarono al Forlanini, a cui risale il merito della geniale proposta, la quale segna oggi un indirizzo terapeutico nuovo e razionale luminoso faro da cui si irradiano in tutte le direzioni i raggi di una luce innovatrice. Onde si è parlato di fondare un'Associazione internazionale a cui apparterranno i pionieri di questo metodo di cura, lega che avrà per presidente onorario il Forlanini, e per organo ufficiale un giornale italiano: la «Gazzetta Medica Italiana» che viene redatta nella Clinica di Pavia.

Così allacciate tutte le forze, che a questa iniziativa s'inchinano, la scienza mondiale si appresta a nuovi trionfi, ed allo studio di una vitale questione di terapia, la quale prescinde dal trattamento specifico, dal rinvigorimento dell'organismo con mezzi coadiuvanti, ma spesso impari alla lotta, ma spesso frustrati da condizioni di eccessiva gravità nel decorso della malattia.

Ciò che conosciamo relativamente al Pneumotorace terapeutico è importantissimo; bisognerà certo disciplinarlo, meglio studiarlo nella sua tecnica e nei suoi effetti prossimi e remoti; oggi constatiamo

però un fatto di grande valore, che tutti gli osservatori, senza alcuna eccezione, sono entusiasti del metodo, e quantunque qualcuno abbia avuto degli insuccessi, dichiara tuttavia, che con nessun altro mezzo di cura si sarebbero potuti ottenere risultati paragonabili a quelli dati dal Pneumotorace.

Il Pneumotorace esce da questo Congresso rafforzato, giustificato, ingigantito, come metodo che ha qualche cosa al suo attivo; i giudizi sono identici, vengano essi dal Nord, come quello di Saugman di Copenaghen, o dal Sud, come quello di M. Ascoli di Catania, essi si associano nella constatazione dei risultati.

Per la cronaca dell'avvenimento dirò che 4 erano le relazioni messe all'ordine del giorno, di cui una del prof. Forlanini, un'altra del prof. Brauer (tedesco), un'altra del dott. Dumarest (francese), ed un'altra del dottor Scharl (ungherese).

Il prof. Forlanini parlò nel Salone Romano messo a disposizione per le grandi conferenze: egli esordì richiamando il dato su cui riposa la Collassoterapia, che è:

Una porzione di polmone normale, od un intero polmone, immobilizzato, non importa il modo, non si ammalano di tisi, anche se esistano tutte le condizioni e circostanze perchè la malattia si sviluppi, il che è quanto dire che la immobilità del parenchima polmonare vi inibisce lo sviluppo della tisi. Il Pneumotorace agisce in due modi:

a) Perchè produce un'arresto dell'assorbimento delle tossine locali, donde caduta della febbre, euforia e ripresa dello stato generale.

b) Perchè il processo morboso volge alla guarigione anatomica e definitiva; onde possono guarire lesioni avanzatissime per le quali ogni altra cura era un sogno.

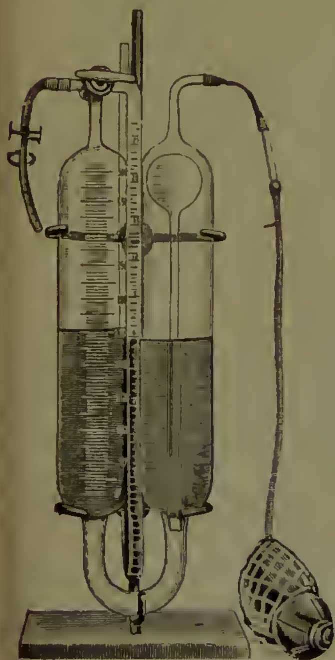
Stabiliti questi fatti fondamentali in un lungo periodo di osservazione, dal 1882 al 1894, il Forlanini formulava la proposta del Pneumotorace Terapeutico, proposta accolta all'estero con entusiasmo e con qualche diffidenza da noi, ma non si che a pochi anni di distanza dalla comunicazione primitiva del metodo, già un discreto numero di osservatori abbiano battuto la nuova via aperta dalla sagacia del clinico pavese.

Il Congresso odierno ha raccolto infatti un largo materiale di osservazioni cliniche e di critica serena; onde l'esperienza di questi cinque anni ha servito a porre in luce molti fatti che al Pneumotorace si riferiscono: gli incidenti, i pericoli, le indicazioni, le controindicazioni, la durata, gli esiti della cura, insomma una quantità di problemi che bisognava sciogliere, perchè il metodo diventasse veramente apprezzato per quello che è, e può dare.

Sulla tecnica da adottarsi tutti o quasi tutti propendono per quella indicata dal Forlanini, due sole comunicazioni riguardavano il metodo di Brauer, il quale si differenzia in ciò, che la prima introduzione di aria si fa per mezzo della pleurotomia un vero atto operativo adunque, il quale può essere risparmiato. Lo scopo di questo atto operativo è nel concetto dell'A. di evitare in modo

sicuro l'embolismo gazoso, che si avrebbe col metodo della puntura: ma la testimonianza dei più su questo argomento (Morelli, Ascoli, Pisani, Saugman, Dumarest, Zubiani, Molon, Bresciani, Petteruti, Chiaruttini ecc.) mettono la questione fuori di discussione. Noi abbiamo nel manometro un mezzo sicuro e più che sufficiente per farci evitare l'embolo gazoso; quindi l'operazione di Brauer è perfettamente inutile ed anzi dannosa, perchè produce nel paziente uno choch operatorio non trascurabile. Brauer e Lobmeyer, favorevoli a questa pratica, ebbero adunque contraria tutta l'assemblea, la quale si dichiarò per bocca dei suoi numerosi oratori tutta favorevole al metodo della puntura o metodo Forlanini.

Un trionfo ottenne pure l'apparecchio italiano, delicato, fine, esattissimo, e genialmente costrutto, il quale serve a superare tutte le difficoltà tecniche; qual differenza tra questo apparecchio e quello mastodontico dei tedeschi? L'apparecchio, come ho descritto altra volta, è ormai dotato di manometro, modificazione necessaria e da me già richiesta ed intuita due anni fa, quando mi sono occupato diffusamente degli incidenti da Pneumotarace, portando un contributo personale di casi di mia osservazione, fortunatamente sempre terminati con esito favorevole. Allora io richiamavo l'attenzione sulla necessità del manometro, come ho fatto testè al Congresso Internazionale, dove illustrai questo problema nello studio della tecnica operatoria.



Importante riuscì la discussione in proposto perchè finora sul dosaggio del Pneumotorace non esistevano ancora norme fisse: stando alla generalità degli autori, tra cui l'Ascoli di Catania, il Pneumotorace non deve essere spinto oltre un certo limite. In ciò io pure concordo ed ho appunto stabilito in una mia comunicazione che bisogna limitarsi a raggiungere una pressione positiva bassa di 3-5 cm. di acqua la quale in molti casi è sufficiente.

Io d'accordo con l'Ascoli e col Forlanini ammetto che per ogni ammalato esiste un punto, che ho chiamato l'*optimum*, oltre il quale il pneumotorace può essere dannoso, ed è nel valutare questo stato con esattezza che si evitano complicazioni e si mantiene l'euforia dell'ammalato. Non bisogna adunque credere che convenga ottenere sempre il silenzio respiratorio nel polmone ammalato, un certo grado di funzione respiratoria può essere mantenuto e pur tuttavia l'ammalato si sente benissimo e non ha più sputo, nè febbre; aumentando questo grado di Pneumotorace, si può determinare un peggioramento dell'altro polmone, come ha già notato Forlanini, oppure, come io stesso ho osservato, in due casi il formarsi di versamenti pleurici abbondanti.

Il prof. Ascoli ha fatto un passo più in là, egli ha detto che si può contemporaneamente effettuare un Pneumotorace bilateralmente per lesioni bilaterali, mantenendolo incompleto, in modo che la funzione respiratoria sia sufficiente. Questa proposta, che non ho finora potuto controllare, ha una notevole portata pratica, inquantochè rende possibile il trattamento di molti ammalati bilaterali, i quali finora sfuggono al Pneumotorace come ad una controindicazione.

Sulle complicanze del Pneumotorace si ebbero molte comunicazioni e la relazione di Dumarest.

Esse sono di tre categorie: *benigne, serie e gravi*: tra la prima si ha l'enfisema sottocutaneo, il dolore locale, gli sputi emoftoici, da punture del polmone; più importanti sono le seconde rappresentate dai versamenti pleuritici siero-fibrinosi e purolenti, che debbono essere evacuati quando sono accompagnati da febbre. Nella discussione a proposito delle complicazioni è da notarsi la tesi sostenuta dal Morelli, il quale è favorevole alla puntura della raccolte liquide per una ragione assai logica, che io approvo pienamente. Egli fa osservare che la compressione del polmone, se esiste pneumotorace, viene dal gaz esercitata tanto nella fase inspiratoria quanto nella fase espiratoria, mentre, se esiste liquido, cessa completamente nella fase espiratoria, perchè il liquido non è elastico e la sua pressione cade a zero, quando il torace si dilata. Persuaso di questa dimostrazione, io credo convenga sempre estrarre il liquido, quando ha raggiunto un certo volume, anche se non è febbrile.

Nelle complicanze gravi del Pneumotorace si è descritto l'*empiema acuto settico* da perforazione del polmone, il quale viene curato coi lavaggi della pleura e col drenaggio.

Io ho riferito un caso di Empiema gravissimo con 2 litri e ½ di pus e con perforazione del polmone il quale è guarito splendidamente senza lavatura e senza drenaggio, ma solo col sostituire un voluminoso pneumotorace, in modo da comprimere e chiudere completamente la comunicazione col polmone: il mio caso è finora isolato, ma è brillantissimo ed assai dimostrativo. Esso è per così dire l'inverso dei casi contemplati quali accidenti del pneumotorace, poichè qui il pneumotorace è stato usato per curare un Empiema spontaneo da perforazione in un tubercoloso con caverna polmonare.

Sui risultati hanno parlato assai diffusamente Saugman, Dumarest, Trevisan, Oliveira de Botelho, Bresciani, Zubiani, Chiaruttini, Lobmayer, Petteruti, Pisani, Brauns, Frank, Sillig, Jaquerod; Küss, Molon, Stuerz, Morelli, Ascoli ecc.

Per quanto riguarda le statistiche portate al Congresso, si possono citare quelle di Forlanini con 163 casi, di Brauer con 102 casi, di Saugman con 83 casi, di Oliveira de Botelho (San Paulo Brasile) con circa 1000 (?) casi, di Zubiani con 36 casi, di Pisani con 38 casi, di Trevisan con 11 casi, di Molon, di Chiaruttini, di Fornaroli ecc., a cui possiamo aggiungere quella del dott. Cova (1)

(1) Conferenza all'Associazione Sanitaria Milanese 1912.

e di altri molti, come Wellmann, Dumarest, Lemke, Drasche, Groetz, Warneche, Maffi, Ascoli ecc., sicchè crediamo di non andare errati ritenendo a tutt' oggi i casi curati o in cura nei vari sanatori di pianura e di montagna, o a domicilio, a 3000 circa.

Qual' è il responso della scienza medica dopo tante osservazioni fatte? Dumarest, Saugman, Lobmeyer, Ascoli, Petteruti; Chiaruttini, Pisani, Oliveira rispondono in modo favorevole sul valore terapeutico del metodo, altri pure favorevolissimi accennano a difficoltà di tecnica ed a possibilità di incidenti; la discussione dissipa poi in modo definitivo le nubi di indole tecnica, ed il metodo rifulge nella sua vera portata, che si può considerare irraggiungibile con tutti gli altri mezzi, quando l' ammalato abbia oltrepassato il 2o stadio.

Non è più il caso allora d' illudersi col trattamento specifico, o colla cura d'altitudine, vuoi perchè queste non sono più tollerate e possono talora peggiorare lo stato del paziente. In queste circostanze le controindicazioni al metodo del Pneumotorace sono minori di quanto si creda: nessuno propugna questa cura nel 1o stadio della Tubercolosi, o quando le lesioni sono circoscritte e non hanno tendenza a diffondersi, ma sarebbe errore grave assistere con supina indifferenza un tisico che peggiorasse senza ricorrere alla Collassoterapia.

Dimostrata la insussistenza dei pericoli, od almeno la loro rarità, quando si pratichi una tecnica esatta e scrupolosa, dimostrata la possibilità di evitare le cosidette complicazioni del pneumotorace, dimostrata in modo inconfutabile la guarigione completa anatomica delle lesioni tubercolari per effetto della Collassoterapia, con numerose osservazioni anatomopatologiche, le quali mostrano la perfetta cicatrizzazione dei focolai, per neoformazione di tessuto connettivale, dimostrata la riespansione delle aree sane del polmone, in modo da riaversi il funzionamento anche dopo lungo tempo di compressione pneumotoracica, dimostrata la possibilità di curare lesioni bilaterali, il Congresso fu unanime nel riconoscere che si debba estendere questo metodo di cura a molti ammalati di tisi, per cui oggi sussiste ancora la cura negativa, perchè si considerano irremissibilmente perduti.

Il campo di efficienza del Pneumotorace ne esce avvantaggiato; le controindicazioni si riducono a poche; poichè anche le aderenze pleuriche parziali non sembrano oggi costituire un ostacolo ragionevole. Forlanini ammette tre principali controindicazioni: l' enfisema polmonare sostantivo, le affezioni del circolo, la splancnoptosi; egli afferma che quantunque teoricamente anche al primo stadio il Pneumotorace sia indicato, pure non lo consiglia in vista delle eventuali complicanze pleuriche, gli pare però eccessivo l' attendere che una forma diventi grave per incominciare il pneumotorace.

Il criterio del medico deve essere qui di valore decisivo; solo il medico esperto può sempre cogliere il momento opportuno per intervenire.

Tutti gli A.A. sono d' accordo nell' ammettere che il Pneumoto-

race non rappresenti un' operazione difficile, ma però assai delicata, e quindi non alla portata di tutti; è anche dimostrato che esso non richiede speciali condizioni climatiche nè ambienti speciali e che può riuscire bene anche a domicilio. Condizione *sine qua non* è che il medico conosca a perfezione la tecnica, ed abbia una lunga esperienza per il dosaggio del Pneumotorace, operazione di assoluto criterio clinico, e per la quale non si possono dare regole generali.

Operando con prudenza e colle dovute cautele, il Pneumotorace appare dopo questo Congresso come scevro di pericoli e di inconvenienti; un tentativo può essere condotto per un tempo anche lungo e poi venire abbandonato senza conseguenze per l'ammalato; esso non proscrive alcuna cura contemporanea ed a cura ultimata, come abbiamo detto, le parti del polmone, non partecipi al processo, possono riprendere la funzione.

Perciò d'ora innanzi, il Pneumotorace Terapeutico deve essere il metodo di cura della Tisi; esso è d'altra parte l'unico provvedimento, che ci rimane in questo campo, onde sarà impossibile possa scomparire dalla terapia.

Questi i risultati della discussione avvenuta avanti al VII° Congresso Inter. contro la Tubercolosi, risultati che noi abbiamo voluto riassumere nelle loro grandi linee, perchè esprimono l'affermazione unanime di tutti i medici che si sono occupati della questione dal 1907 ad oggi. Ed io, che ho la soddisfazione di aver tra i primi in Italia seguito le orme del clinico pavese, sono ora lieto di constatare che la Collassoterapia, ebbe le più calorose ed incoraggianti accoglienze al 7.° Congresso Internazionale, e fu consacrata, in un ordine del giorno votato all'unanimità, il più efficace mezzo nella cura della Tubercolosi polmonare al 2.° e 3.° stadio.

DOTT. ANTONIO PISANI
Via Durini, N. 11 — Milano
Telefono 34-65.

